

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE MÉDICALE. — PROFESSEUR Dr M. ROCH

Du diagnostic précoce de l'aortite syphilitique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Hilary STEINMANN (Ch. Sztajnman)
(Lublin — Pologne)



GENÈVE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1929

Thèse N° 1307

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE MÉDICALE. — PROFESSEUR D^r M. ROCH

Du diagnostic précoce de l'aortite syphilitique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

POUR L'OBTENTION DU GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Hilary STEINMANN (Ch. Sztajnman)

(Lublin — Pologne)



GENÈVE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1929

Thèse N° 1307

*La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable
de M. le Professeur M. ROCH, autorise l'impression
de la présente thèse, sans prétendre par là émettre
d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.*

Genève, le 4 septembre 1929.

Le Doyen:

Prof Dr M. ROCH

*A mes parents
en témoignage de ma profonde gratitude*

*A ma femme
hommage de mon affection*

Nous avons entrepris ce travail sur les conseils de Monsieur le Professeur M. ROCH et tenons à lui témoigner ici notre reconnaissance, soit pour son enseignement clinique, soit pour l'intérêt qu'il nous a porté durant l'élaboration de ce travail.

Nous tenons également à remercier Monsieur le Dr PIOTROWSKI, médecin adjoint à la Clinique Médicale, et Monsieur le Dr MARTIN, chef de clinique, pour les renseignements précieux qu'ils nous ont fournis.

INTRODUCTION

De plus en plus la médecine tend à devenir prophylactique et on comprend l'importance qu'il y a à traiter le malade aussi tôt que possible, avant que des lésions étendues soient constituées.

La médecine préventive qui ne peut être basée que sur une étude attentive des anamnésiques, prend au point de vue économique et social une importance toujours plus grande. Ce point de vue est depuis longtemps envisagé aux Etats-Unis et dans les pays anglo-saxons où l'on a mis en évidence par des statistiques considérables les pertes occasionnées par la maladie.

Pour préciser les premiers symptômes morbides des maladies, MACKENSIE le grand cardiologue anglais a fondé à St-Andréus un institut médical spécial.

Nous voulons dans ce petit travail apporter notre contribution au diagnostic précoce de l'aortite spécifique. Dans ce but nous avons étudié les observations cliniques des malades entrés à la Clinique Médicale du Professeur ROCH de 1921 à 1929 en ayant surtout en vue de limiter cette étude aux aortites thoraciques.

Nous nous proposons d'étudier d'abord les signes subjectifs puis les signes objectifs et terminerons par quelques réflexions, résultat de nos lectures et de notre expérience basée sur l'étude de 46 cas.

Avant d'exposer notre sujet nous nous permettons d'insister sur l'anamnèse qui prend ici une valeur toute particulière, les moyens d'observations dont nous disposons étant encore bien impropres à saisir les modifications minimes du début de la maladie. Si une anamnèse bien prise est la moitié du diagnostic; en médecine préventive elle en est les trois quarts, sinon la totalité.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

SIGNES SUBJECTIFS

La dyspnée est un des symptômes les plus fréquents et les plus précoces.

Au début de l'affection, la dyspnée est une simple gêne, une sorte de poids sur la poitrine, elle est paroxystique et passagère, rarement spontanée, presque toujours provoquée par l'effort. Mais dans nombre de cas, elle survient sous *forme d'accès paroxystique en dehors des efforts*. Ces accès paroxystiques sont *surtout nocturnes*, accompagnés d'une sensation d'angoisse ou d'anxiété précordiale. Ce sont des accès de « pseudo-asthme aortique » caractérisés par une sorte de gêne respiratoire avec inspiration longue et pénible, et expiration courte et — chose importante au point de vue du diagnostic différentiel avec les accès d'asthme vrai — *sans signe d'auscultation, sans expectoration*, malgré l'intensité de la dyspnée.

Telle est la description classique de ce syndrome décrit si magistralement par POTAIN, HUCHARD, BARIÉ et d'autres. SEDILLOT dans un article a insisté sur ce tableau en montrant la facilité avec laquelle on pourrait le confondre avec celui de l'asthme cardiaque, de l'angine de poitrine, de l'emphysème avec asystolie.

Dans la pseudo-asthme aortique « les phénomènes de dyspnée sont au premier plan et accaparent l'attention ». Nous avons pour notre part été frappé de la difficulté qu'il y a à distinguer ces crises de dyspnée des autres maladies énumérées par SEDILLOT.

Sur nos 46 cas d'aortite syphilitique le diagnostic ayant pu être confirmé dans nombre de cas par l'examen anatomique, nous avons eu 40 fois des crises de dyspnée nettes c. à. d. dans 86,9 % de nos observations.

Pour illustrer ces donnés nous citerons un cas de SCHITTENHELM :

Homme, 47 ans. Luès il y a 28 ans. Traité plusieurs fois mais d'une façon insuffisante. Toujours en bonne santé. Depuis quelques mois est facilement essoufflé, manque de souffle pour monter les escaliers et pour la marche rapide. Cette dyspnée d'effort s'accroît de plus en plus, avec sensation de barre transversale retrosternale et angoisse douloureuse, qui l'oblige de consulter un médecin. A l'examen : cœur augmenté de volume, aorte à la percussion notablement dilatée. Un léger souffle systolique au foyer aortique. Foie augmenté de volume, un peu d'ascite, oligurie. Pouls régulier, rapide, orthopnée et œdème. Diagnostic : Aortite luétique.

Voici deux de nos observations personnelles dans lesquelles la dyspnée est assez caractéristique.

Obs. 5 — T. A. 54 ans, fumiste, entre le 17 IV 1921 à la Clinique Médicale du Professeur Dr ROCH se plaignant de dyspnée d'effort qui s'est installée depuis 1914 et ayant augmenté ces dernières années, surtout en 1920-21. Nie toute syphilis. Toujours en bonne santé. Marié à 28 ans, 5 enfants bien portants. Un enfant mort à l'âge d'un an. Femme morte à 38 ans de bacillose pulmonaire. Se remarie, pas d'enfant du deuxième lit. La seconde femme divorce en 1910 de son premier mari à cause de sa mauvaise conduite. Elle aurait fait 4 fausses couches du temps de son premier mariage.

En 1910, pneumonie dont il guérit complètement, depuis il prend facilement froid, avec des poussées thermiques légères, lourdeur d'estomac, nausées sans vomissement.

En 1914, exempté du service militaire à cause d'une dyspnée d'effort assez marquée : *a de la peine à monter cinq étages*. Depuis un an ses crises deviennent plus fréquentes, et le 15 février 1921, il ressent durant la nuit « comme de l'eau bouillante qui court sous la peau », ne peut pas dormir, a de la peine à souffler. Le lendemain il est pris de pesanteur d'estomac, de transpirations, de frissons avec vertiges et fatigue générale — phénomènes qui l'obligent à cesser son travail. Continue à se plaindre d'insomnie, de cauchemars et de *dyspnée très intense paroxystique* avec angoisse. En même temps, il ressent une douleur dans le bras et la jambe gauches.

Cet état persiste pendant quelques semaines avec des améliorations passagères. Peu de jours avant son entrée à l'Hôpital fait une *crise de dyspnée plus intense*, avec angoisse, sensation de chaleur

à la tête, à la nuque, et douleur précordiale. La douleur au niveau du coude droit devient plus marquée avec irradiation dans les doigts,

A l'entrée, on se trouve en présence d'un homme en bon état de nutrition, au thorax globuleux. Pas d'œdème ni de cyanose mais une dyspnée très marquée.

A l'examen du système cardio-vasculaire : pouls régulier dépressible, rapide. Inégalité des pouls radiaux, à gauche un peu plus fort. On perçoit nettement les battements de l'aorte dans le creux sus-sternal, ainsi que ceux des artères sous-clavières. La pointe est à la 5^e esp. interc. non déviée. A la percussion, matité cardiaque augmentée, sans dépasser toutefois la ligne médiane. Double souffle à la base des deux côtés du sternum. Souffle systolique au foyer aortique à timbre plutôt doux, suivi d'un claquement des valvules, à consonnance grave comme un gong. Le souffle se propage vers la clavicule droite. Souffle diastolique en jet de vapeur à maximum d'intensité dans le 2^{me} esp. gauche avec propagation le long du sternum. Petit souffle à la pointe, état clangoreux diastolique limité à gauche du sternum. Pression : V.-L. : 14/7. Les autres systèmes ne présentent rien de particulier, sauf une légère inégalité pupillaire. Radioscopie : aorte élargie-surélevée et très opaque, cœur « en sabot ». Sérologie : Wassermann et Bauer dans le sang +. *Diagnostic : aortite syphilitique (I. A. R. A.)*.

Obs. 13. — T. Ch. 43 ans, magasinier entre le 9 III 1922 dans le Service de médecine du Professeur Dr ROCH. Nie toute syphilis. Ethylisme certain. L'affection actuelle a débuté il y a une année par de la dyspnée et par la sensation que son « cœur parfois s'affolait ou au contraire s'arrêtait ».

Le 15 septembre 1921, en travaillant ressent une douleur et une faiblesse dans le bras gauche, et durant la nuit suivante est pris d'une *violente crise d'étouffement avec sensation de mort imminente*. Ces crises deviennent presque quotidiennes, surtout nocturnes l'obligeant à se lever et à marcher. En janvier 1922, crises d'étouffements avec crachats spumeux striés légèrement de sang, sensation d'être pris « comme dans un étau » et sensation d'engourdissement du bras gauche. Les crises deviennent toujours plus fréquentes et l'obligent à entrer à l'Hôpital.

Status d'entrée : homme en bon état de nutrition, très dyspnéique avec polypnée de 44 par minute, angoissé. Cyanose des extrémités. Pas d'œdème. Crache beaucoup. A l'examen du système cardiovas-

culaire : pouls rapide, synchrone à 140 par minute. La pointe bat dans le 6^me esp. interc. dans la ligne mamelonnaire. Choc en dôme net. Pas d'augmentation de la matité cardiaque.

A l'auscultation : souffle diastolique au foyer mitral, souffle systolique au foyer tricuspide. Double souffle au foyer aortique avec propagation du souffle systolique dans les vaisseaux du cou. Double souffle de Duroziez. Pouls capillaire. Battements épigastriques violents de même au creux sus-sternaux. Pression V.-L. : 17/6. Foie augmenté de volume et dépasse deux travers de doigt le rebord costal. Autres systèmes r. d. p.

Radioscopie : Elargissement de l'ombre aortique et particulièrement du tronc brachio-céphalique avec une ombre pulsatile remontant à partir de l'aorte vers la clavicule droite. Sérologie : Wassermann dans le sang +. *Diagnostic : Aortite syphilitique.* Après plusieurs crises d'étouffements très intenses exitus le 6 VI 1922. L'autopsie (Professeur ASKANAZY) a confirmé le diagnostic clinique.

Symptômes douloureux. — Ces phénomènes sont très importants à connaître, leur fréquence étant aussi grande que celle de la dyspnée.

Au début, il s'agit d'une douleur sourde, d'une sensation de pesanteur ou de constriction siégeant profondément derrière le sternum au niveau de la partie moyenne du thorax, plus ou moins continue ou paroxystique. Certains malades accusent une sensation de brûlure, de déchirure, de poids au niveau de l'épigastre, à la partie supérieure du thorax, à la base du cou avec irradiation dans la région cervicale et dans les deux épaules. D'autres malades se plaignent de sensation de torsion profonde se propageant dans le dos et tout le long du rachis. Cette douleur, est en général spontanée mais peut être aussi provoquée par l'effort.

Comme nous le voyons par cette description, la symptomatologie douloureuse est particulièrement variable. Pour POTAIN « au début c'est une simple sensation de constriction au niveau de la partie moyenne du thorax, une sorte de crampe intrathoracique, ou bien chez d'autres malades, surtout chez la femme, une véritable boule hystérique parfois avec irradiation dans le bras gauche ou droit, d'autres fois à l'hypochondre droit, pouvant simuler une colique néphrétique ou hépatique ».

Ces symptômes douloureux peuvent se présenter parfois comme des *algies sous mamelonnaires*, comme des *douleurs névralgiques, non angineuses*, car elles ne surviennent pas par les efforts ou la marche (HUCHARD). Parfois il existe dans la région précordiale des *zones douloureuses provoquées ou réveillées par la pression digitale*. Ces sensations douloureuses siègent d'après BARIÉ dans les *trois premiers espaces intercostaux gauches* et principalement dans le *deuxième à quelques millimètres du bord du sternum*.

SCHRUMPF affirme que ces sensations douloureuses sont aussi localisées au sommet du sternum. Mais en général, le caractère douloureux le plus constant est celui d'une *douleur constrictive* qui peut parfois simuler l'angor pectoris vrai, mais qui doit en être différencié par le fait que la *douleur dans l'aortite est plus violente, plus douloureuse et plus angoissante*, et se produit aussi bien par l'effort qu'en dehors de lui (SCHRUMPF, SCHLESINGER).

S'agit-il d'un signe précoce ?

Les auteurs allemands comme SCHLESINGER, SCHOTTMÜLLER ne le pensent pas. Pour notre part nous les avons trouvés sur nos 46 cas 15 fois, donc dans 32,6 % et nous les considérons comme un signe assez précoce.

OBS. 32. — 10 III 1926. S. W. F. 33 ans, monteur. Syphilis non avouée. Depuis 1923, plusieurs bronchites avec toux et faiblesse générale mais se plaignant d'une dyspnée d'effort surtout nocturne avec *sensation de constriction violente en ceinture au bas du thorax, avec angoisse et ne retrouvant sa respiration que dans la position genu pectorale*. Le malade est très gêné par un bruit qualifié par lui de « sifflement » se produisant en même temps que les battements cardiaques et qu'il localise à gauche du sternum, à la base du cœur. Depuis janvier 1924, *est saisi par des douleurs constrictives semblables à des crampes dans le creux d'estomac survenant brusquement sans irradiation, sans horaire fixe durant parfois toute la nuit*. Parfois *des douleurs d'intensité terrible se font sentir dans la région sus-hépatique et précordiale*.

Status d'entrée : homme amaigri de taille moyenne, à l'expression souffrante et angoissée, avec crises subites d'anhélation et de douleurs angineuses à point de départ axillaire. Le visage est pâle, subictérique, les sclérotiques et muqueuses jaunes. Cyanose très prononcée des lèvres. Dyspnée d'effort marquée. Pas d'œdème. En un mot faciès typique d'un aortique.

A l'examen : Système cardio-vasculaire. Pouls de Corrigan régulier. Pointe dans le 7^e esp. interc. déviée en dehors dans la ligne axillaire antérieure. Pas de choc en dôme, mais un mouvement de retrait dans le 5^e esp. interc. Frémissement systolique dans la région de la pointe et de la base. Matité cardiaque très augmentée dans le sens vertical et horizontal.

A l'auscultation : Souffle systolique d'intensité prolongée perceptible dans toute la région précordiale en général rude avec un timbre piaulant au foyer aortique, se propageant dans les vaisseaux du cou. Souffle diastolique à la base, doux et humé avec maximum d'intensité au-dessus de l'appendice xyphoïde et dans le 4^{me} et 5^{me} esp. droits. Danse des carotides. Signe du jambier. Double souffle de Duroziez. Pression : V.-L. : 14/5,5.

Radioscopie : aorte élargie opaque et allongée, les deux cœurs sont gros. Les autres systèmes ne présentent rien d'intéressant à signaler, sauf un gros foie et dans l'urine de l'urobiline et des sels biliaires. Séro-réaction : Wassermann dans le sang +.

Diagnostic : *aortite syphilitique et lésions orificielles*. (R. M.I.A. asystolie).

Exitus le 19 III 1926. A l'autopsie (Prof. ASKANAZY) on trouve : une endocardite ancienne aortique, aortite syphilitique. Dilatation et hypertrophie des deux cœurs (cœur de bœuf) etc.

OBS. 34. — 1 V 1926. C. M. 36 ans, mécanicien. Nie toute infection syphilitique. Il y a 3 ans, le malade a ressenti un *violent point au cœur* comme si « on lui perçait le thorax avec un couteau » cette douleur a été durable, très tenace, sans irradiation. En 1924, une forte dyspnée avec expectoration légèrement hémoptoïque, mais disparition complète des douleurs. En 1925, réapparition des douleurs sous forme d'un *point douloureux sous-mamelonnaire gauche* accompagné d'une forte dyspnée. Dernièrement *les douleurs sont devenues intolérables* et en même temps il a été pris d'une nouvelle période de toux avec expectoration hémoptoïque et a remarqué que ses jambes enflaient. Envoyé par son médecin traitant à l'hôpital.

A l'entrée : Homme de taille moyenne en mauvais état de nutrition. Cyanose et dyspnée très prononcées. Oedème des membres inférieurs remontant au bassin. Peau subictérique. Fiévreux. Se plaint d'un violent point dans la région cardiaque. Tousse et crache des crachats striés de sang.

Système cardio-vasculaire : Pouls régulier rapide, bien frappé, un

peu tendu. Pointe dans le 6^{me} esp. int. dans la ligne axill. antérieure. Choc globuleux associé à un frémissement présystolique. Matité cardiaque augmentée et dépassant d'un travers de doigt le bord droit du sternum. A l'auscultation : Souffle systolique à la pointe avec propagation dans l'aisselle. Double souffle à la base, le systolique râpeux à propagation dans les vaisseaux du cou, un souffle musical diastolique s'entendant mieux dans la région de l'appendice xyphoïde. Pression : V.-L. : 10/5.

Système pulmonaire : Matité à la base gauche, remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate. Vibrations diminuées à ce niveau.

Auscultation : Base gauche, respiration soufflante ; rude au sommet avec éclat de la toux, souffle tubaire au tiers moyen, râles crépitants, pectoriloque aphone et egophonie. A la base droite quelques râles de bronchite.

Système digestif : Langue saburrale, abdomen ballonné augmenté de volume, foie dépasse de 4 travers de doigt le gril costal. Rate augmentée de volume.

Système uro-génital : Oligurie, albumine 15 ‰, urobiline +. Système nerveux r. d. p.

Radioscopie : Cœur largement dilaté, pointe basse.

Aorte : diamètre augmenté, aorte ectasiée, double lésion de l'aorte probable. Séroréaction : Le Wassermann a été fait le 7 V dans le sang avec un résultat +, le 6 VII il a été négatif

Diagnostic : Lésions polyorificielles d'origine spécifique.

Après un traitement spécifique le malade quitte l'hôpital très amélioré. Revient le 24 VII 1926 pour des douleurs du même type, avec un Wa. dans le sang toujours négatif.

Symptômes gastriques. — Les troubles gastriques dont se plaignent la plupart des aortiques se présentent aussi d'une façon très variable. Pour BARIÉ, tantôt sous forme de *barre épigastrique douloureuse, de flatulence, de lenteur de la digestion*, tantôt sous forme de *nausées, vomissements glaireux ou jaunâtres*.

Pour POTAIN, ces troubles prendraient l'aspect de la *dyspepsie, avec sensation de plénitude, de lourdeur au niveau de l'estomac, de distensions gazeuses, de flatulences*.

L'étude du chimisme gastrique donne suivant les cas des résultats les plus variables et l'étude détaillée des syndromes dyspeptiques montre que les symptômes gas-

triques sont plus aptes à enduire en erreur qu'à éclairer le diagnostic et sur son origine, aussi les auteurs mentionnent ces symptômes assez rarement comme un signe de valeur. Nous même nous l'avons trouvé sur nos 46 cas 2 fois, donc dans un pourcentage de 4,3 % de notre matériel.

Notre maître le professeur Roch a décrit un cas d'aortite spécifique dont les symptômes révélateurs de l'affection ont débutés surtout par des troubles gastriques.

Voici le résumé de l'observation du Professeur Roch: Homme, 36 ans de profession libérale, a eu la syphilis à l'âge de 26 ans, bien traité, toujours en bonne santé, robuste, sportsman fervent. Depuis septembre 1919, dyspnée d'effort et toux, toux sèche et tenace. Consulte un médecin pour ces crises de dyspnée qui sont surtout nocturnes qui depuis quelques jours le réveillent vers une heure du matin « lorsqu'il a mangé le soir plus que de coutume », le réveil est brusque avec dyspnée intense, de l'angoisse, de l'oppression, sensation que le malade rapporte à son estomac. Le médecin ne constate rien de particulier à l'examen général et lui prescrit un traitement pour son estomac dont le mauvais fonctionnement est d'ailleurs accusé catégoriquement par le malade comme la cause originelle de ses malaises nocturnes. Pas d'amélioration, les crises persistent et est obligé d'entrer à l'hôpital.

À l'entrée, peu d'emphysème, souffle systolique doux, fugace à la pointe lors d'un effort, rate percutable. La réaction de Wassermann dans le sang franchement positive. Radioscopie: légère dilatation aortique avec une dilatation généralisée onduleuse de la crosse et une augmentation de volume de l'oreillette droite. Paquets ganglionnaires assez gros aux hiles des poumons, des trainées de péribronchite. D'après le Professeur Roch, « le diagnostic d'aortite syphilitique en évolution est alors avancé avec une timidité regrettable mais compréhensible, étant donné la symptomatologie surtout gastrique ».

OBS. 20. — 8 XII 23. B. E. 69 ans, domestique. Nie la syphilis. Sa femme a eu trois fausses couches. Depuis une année se plaint de points juxta mamelonnaires gauches survenant dès

que le malade est un peu exposé au froid et depuis 4 mois *a des gastralgies quotidiennes existantes seulement avant les repas donnant la sensation d'arrachement avec irradiation jusqu'au manubrium sternal.*

A l'examen : Pouls lent battant 60 par minute, régulier, tendu. Pointe non localisable, battements sus-sternaux. Matité cardiaque augmentée à la base. A l'auscultation : Bruits sourds à la pointe. Deuxième bruit claqué au foyer aortique. Pression V.-L. : 15 S. Foie dépasse un travers de doigt le rebord costal Radioscopie : Aorte augmentée de volume dans sa totalité. avec un ventricule gauche globuleux. Wassermann dans le sang = négatif. Après un traitement spécifique le malade s'est notablement amélioré et les gastralgies ont presque complètement disparus.

Diagnostic : Aortite luétique.

Accidents vertigineux. — Le vertige peut être tantôt léger tantôt accompagné de bourdonnement d'oreille, allant jusqu'à produire des lipothymies (BARIÉ). D'après cet auteur « le malade quand il se lève ou marche un peu rapidement a la sensation que tout tourne autour de lui, il sent qu'il va perdre l'équilibre et porte ses mains en avant pour se retenir aux murs, aux objets environnants ». Pour POTAIN, il s'agirait d'un signe très précoce : « les individus qui n'ont pas des troubles gastriques, pas de névroses, les vertiges doivent faire penser à l'aortite ». GRAU cite également le vertige comme un signe précoce d'aortite.

Nous avons constaté que sur les 46 cas il y avait 8 cas, 17,3 % des toutes nos observations présentant des vertiges et des fortes céphalées.

OBS. 46. — 19 II 1929. W. M. 55 ans, ménagère. Contracte la syphilis à 33 ans et bien traitée pendant longtemps. Depuis 3 ans, a des *vertiges et de fortes céphalées* survenant au moment de la fatigue, accompagnées de douleurs à l'occasion des efforts se localisant au bord inférieur du thorax. Subit de nouveau un traitement spécifique qui fait disparaître presque complètement ces troubles. Dernièrement ces vertiges reviennent avec plus d'intensité que jamais, mais les douleurs sont moins fortes. Préfère entrer à l'Hôpital.

A l'entrée on trouve une femme en bon état de nutrition. Pas de cyanose, ni de dyspnée. Légère enflure de la jambe gauche avec sensation de froid et de picotement.

A l'examen : Pouls régulier, un peu lent, bien frappé. Pointe non localisable. Premier bruit assourdi et légèrement soufflant à la pointe et dans le deuxième espace gauche. Eclat du deuxième bruit aortique.

Système nerveux : A part des réflexes patellaire et achilléen vifs et Babinski à gauche douteux r. d. p.

Les autres systèmes r. d. p.

Radioscopie : Aorte opaque étalée pas élargie, animée des battements énergiques.

Ponction lombaire : Pression 40, éléments 5 ¹/₂ lymph., Albumine 0,50. Wassermann, Benj. colloïd. + +.

Sang : Wassermann, Pandy, Hecht-Bauer, Vernes, positifs.

Diagnostic : Aortite syphilitique.

Troubles respiratoires. — A part la dyspnée que nous avons considéré au début de notre travail comme signe le plus important nous voudrions ici passer en revue les autres troubles respiratoires qui sont : la toux, l'œdème pulmonaire et l'expectoration.

La toux qui accompagne souvent la dyspnée d'effort relève tout d'abord des complications pulmonaires ou pleurales, ainsi qu'en témoignent les données fournies par l'examen de l'appareil respiratoire. Mais souvent il s'agit de la toux *sine materia*, si bien décrite par POTAIN, « *C'est une toux sèche, quinteuse, fréquente, de timbre spécial, un peu stridente, sifflante, rauque et grave, facile à reconnaître quand on l'a une fois entendue.* »

L'expectoration qui l'accompagne parfois est peu abondante, *blanchâtre, spumeuse, striée de petits filets de sang* lorsqu'ils se sont développés secondairement de petits infarctus ou une bronchite concomitante.

Assez souvent c'est le tableau de *l'œdème aigu du poumon* avec son *expectoration seroalbumineuse et mousseuse* qui est le signe révélateur de la maladie. SCHOTTMULLER, SCHITTENHELM et GRAU ne considèrent pas ces signes de début comme précoces.

Dans nos observations personnelles nous les avons trouvé dans 9 cas, donc dans 19,5 % environ.

OBS. 19. — 18 I 1923. B. B. 71 ans, négociant. Syphilis contractée à l'âge de 26 ans et traité pendant 3 mois seulement. De-

que le malade est un peu exposé au froid et depuis 4 mois *a des gastralgies quotidiennes existantes seulement avant les repas donnant la sensation d'arrachement avec irradiation jusqu'au manubrium sternal.*

A l'examen : Pouls lent battant 60 par minute, régulier, tendu. Pointe non localisable, battements sus-sternaux. Matité cardiaque augmentée à la base. A l'auscultation : Bruits sourds à la pointe. Deuxième bruit claqué au foyer aortique. Pression V.-L. : 15 '8. Foie dépasse un travers de doigt le rebord costal Radioscopie : Aorte augmentée de volume dans sa totalité. avec un ventricule gauche globuleux. Wassermann dans le sang = négatif. Après un traitement spécifique le malade s'est notablement amélioré et les gastralgies ont presque complètement disparus.

Diagnostic : Aortite luétique.

Accidents vertigineux. — Le vertige peut être tantôt léger tantôt accompagné de bourdonnement d'oreille, allant jusqu'à produire des lipothymies (BARIÉ). D'après cet auteur « le malade quand il se lève ou marche un peu rapidement a la sensation que tout tourne autour de lui, il sent qu'il va perdre l'équilibre et porte ses mains en avant pour se retenir aux murs, aux objets environnants ». Pour POTAIN, il s'agirait d'un signe très précoce : « les individus qui n'ont pas des troubles gastriques, pas de névroses, les vertiges doivent faire penser à l'aortite ». GRAU cite également le vertige comme un signe précoce d'aortite.

Nous avons constaté que sur les 46 cas il y avait 8 cas, 17,3 % des toutes nos observations présentant des vertiges et des fortes céphalées.

OBS. 46. — 19 II 1929. W. M. 55 ans, ménagère. Contracte la syphilis à 33 ans et bien traitée pendant longtemps. Depuis 3 ans, a des *vertiges et de fortes céphalées* survenant au moment de la fatigue, accompagnées de douleurs à l'occasion des efforts se localisant au bord inférieur du thorax. Subit de nouveau un traitement spécifique qui fait disparaître presque complètement ces troubles. Dernièrement ces vertiges reviennent avec plus d'intensité que jamais, mais les douleurs sont moins fortes. Préfère entrer à l'Hôpital.

A l'entrée on trouve une femme en bon état de nutrition. Pas de cyanose, ni de dyspnée. Légère enflure de la jambe gauche avec sensation de froid et de picotement.

A l'examen : Pouls régulier, un peu lent, bien frappé. Pointe non localisable. Premier bruit assourdi et légèrement soufflant à la pointe et dans le deuxième espace gauche. Eclat du deuxième bruit aortique.

Système nerveux : A part des réflexes patellaire et achilléen vifs et Babinski à gauche douteux r. d. p.

Les autres systèmes r. d. p.

Radioscopie : Aorte opaque étalée pas élargie, animée des battements énergiques.

Ponction lombaire : Pression 40, éléments 5 $\frac{1}{2}$ lymph., Albumine 0,50. Wassermann, Benj. colloïd. + +.

Sang : Wassermann, Pandy, Hecht-Bauer, Vernes, positifs.

Diagnostic : Aortite syphilitique.

Troubles respiratoires. — A part la dyspnée que nous avons considéré au début de notre travail comme signe le plus important nous voudrions ici passer en revue les autres troubles respiratoires qui sont : la toux, l'œdème pulmonaire et l'expectoration.

La toux qui accompagne souvent la dyspnée d'effort relève tout d'abord des complications pulmonaires ou pleurales, ainsi qu'en témoignent les données fournies par l'examen de l'appareil respiratoire. Mais souvent il s'agit de la toux *sine materia*, si bien décrite par POTAIN, « *C'est une toux sèche, quinteuse, fréquente, de timbre spécial, un peu stridente, sifflante, rauque et grave, facile à reconnaître quand on l'a une fois entendue.* »

L'expectoration qui l'accompagne parfois est peu abondante, *blanchâtre, spumeuse, striée de petits filets de sang* lorsqu'ils se sont développés secondairement de petits infarctus ou une bronchite concomitante.

Assez souvent c'est le tableau de *l'œdème aigu du poumon* avec son *expectoration seroalbumineuse et mousseuse* qui est le signe révélateur de la maladie. SCHOTTMULLER, SCHITTENHELM et GRAU ne considèrent pas ces signes de début comme précoces.

Dans nos observations personnelles nous les avons trouvé dans 9 cas, donc dans 19,5 % environ.

OBS. 19. — 18 I 1923. B. B. 71 ans, négociant. Syphilis contractée à l'âge de 26 ans et traité pendant 3 mois seulement. De-

puis 1911 a eu *quatre crises d'œdème pulmonaire*, vient pour une nouvelle crise de *suffocation avec expectoration spumeuse striée de sang*.

A l'examen : pouls régulier un peu tendu. Pointe bat dans le 6^e esp. interc. en dehors du mamelon. Choc en dôme. Matité du cœur agrand à droite et à gauche à limites diffuses.

A l'auscultation : souffle systolique très bref au 2^{me} esp. gauche. Eclat clangoreux du bruit diastolique aortique, souffle systolique à la pointe, ébauche de galop ? : On le palpe plus qu'on ne l'entend. • Pression : 18/11 ¹/₂. Autres systèmes rien de particulier à part une respiration un peu rude au sommet gauche, et des râles fins de même côté. Dans l'urine traces d'albumine.

Radioscopie : aorte élargie opacifiée, visibilité de l'aorte descendante. Wassermann dans le sang négatif (a été positif il y a quelques années).

Diagnostic : aortite syphilitique et ectasie de l'aorte descendante.

Symptômes mentaux. — GRAU décrit les troubles psychiques qu'il a observé chez ses malades. D'après lui, ce sont des *déprimés avec idées mélancoliques* (les aortiques non spécifiques sont plutôt vifs, excités, facilement impressionnables). Nous citons un cas de GRAU assez caractéristique :

Obs. 6 de l'auteur. — A. K. 47 ans, marchand de bestiaux. Aortite luétique et I. A. Wassermann dans le sang ++. Depuis 1909, devient très nerveux, déprimé, apathique, sans envie de vivre, dort mal, pense continuellement à la mort. A le faciès chagriné. Ses sensations subjectives consistent en dyspnée d'effort, en crises d'oppression qui durent et dépriment beaucoup le malade. Un grand hypocondriaque tâtant toujours son pouls, examinant son cœur, etc.

Parfois, les symptômes mentaux peuvent prendre la forme d'une psychose. Ce sont des troubles pouvant aller depuis *une simple confusion mentale jusqu'à une véritable démence avec idée de persécution* (GRAU).

Dans le Service de Médecine du Professeur ROCH, nous avons pu collectionner 5 cas (10,8 %) ayant des troubles analogues à ceux décrits par GRAU.

Voici une de nos observations personnelles d'une malade avec *idée de persécution*.

Obs. 45. — C. R., 67 ans, sans profession envoyée le 23 II 1928 par son médecin traitant, dans le Service, pour affection cardiaque et troubles mentaux. C'est une malade dont les antécédents héréditaires ne présentent rien d'intéressant à signaler. De son anamnèse, nous apprenons qu'elle a fait 8 fausses couches et a été traitée en 1913 à la Polyclinique Dermatologique pour une syphilis papuleuse généralisée et que le Wassermann dans le sang a été légèrement positif, Bauer très positif. Elle a subi un traitement spécifique intensif et prolongé. En 1926, toutes les séroréactions sont restées négatives à plusieurs reprises. En 1926, séjour à la Clinique Dermatologique pour aortite spécifique et troubles mentaux. On constate alors un souffle systolique et un léger souffle diastolique au foyer aortique, une inégalité pupillaire, mais de bonnes réactions. Le Wassermann dans le sang est toujours négatif.

Radioscopie : aorte opaque étalée, ventricule gauche dilaté.

Pendant quelques temps ne prend aucun aliment à l'Hôpital, consent à boire du lait apporté de chez elle et mange quelques zwiebacks. Son affection actuelle date, comme nous le voyons, d'un certain temps, mais elle s'accroît beaucoup plus depuis sa sortie de la Clinique Dermatologique. *Deviens très pénible, ne veut pas manger, croit qu'on veut l'empoisonner et accuse surtout son fils de mettre du poison dans son lait.* Est souvent de mauvaise humeur avec agitation nocturne, se plaint d'être serré dans des « fers » au front, à la nuque, la gorge, aux pieds et perçoit souvent « une odeur de cigare » qui lui monte au nez.

À l'entrée, nous trouvons une femme en état de nutrition médiocre, agitée par moment, jettant des coups d'œil méfiants autour d'elle. Pas de dyspnée, ni de cyanose, ni d'œdème.

Système cardio-vasculaire : pouls bien frappé, normal. Choc en dôme. À l'auscultation : souffle systolique au foyer aortique se propageant vers la clavicule droite. Clangor diastolique très prononcé au même foyer. Pression V.-L. : 23/13.

Système nerveux : *Idée de persécution, agitation nocturne avec des réveils fréquents car : « on veut l'empoisonner, demande à chaque instant s'il y a encore de l'espoir pour elle » ou bien « qu'on ne lui donne pas des doses trop fortes qui pourraient la tuer », etc.* Réflexes vifs aux membres inférieurs, normaux aux membres supérieurs. Pupilles réagissent bien aux deux modes. Autres systèmes rien de particulier.

Ponction lombaire : liquide claire, eau de roche, pas d'éléments, albumines 0.20. Benjoin colloïdal = négatif. Les autres séroréactions faites deux fois sont restées de nouveau négatives.

Diagnostic : aortite syphilitique, démence sénile.

Dans des cas pareils, il faut spécifier s'il s'agit de

troubles circulatoires cérébraux dus à l'aortite ou bien de troubles mentaux dus aux lésions cérébrales syphilitiques, ou enfin de troubles subjectifs de l'aortite se déroulant sur un terrain hypocondriaque.

On a décrit des *troubles dysphagiques*, sorte de gêne rétro-sternale au moment de la descente du bol alimentaire (BARIÉ).

Pour nous ce signe doit être plutôt rattaché à l'anévrysme de l'aorte qu'à l'aortite.

Nous avons eu un cas mais avec anévrysme de l'aorte.

SIGNES SUBJECTIFS

Nous avons divisé l'étude de ces signes d'après leur importance de la façon suivante :

1^o Signes cardiaques et vasculaires.

2^o Signes radiologiques.

3^o Sérologie.

4^o Habitus des malades.

Signes cardiaques et vasculaires. — Tous les signes décrits déjà par les classiques ont été confirmés par les auteurs modernes. Voyons qu'elle est leur opinion tant sur la fréquence que sur la précocité de ces symptômes.

Auscultation. — Pour HUCHARD au début on constate soit le retentissement du second bruit de l'aorte « *retentissement diastolique en coup de marteau* », soit un bruit métallique tympanique ou clangoreux diastolique.

D'après POTAIN les signes d'auscultation donnent peu de renseignements « parfois on constate un dédoublement du premier bruit aortique dû au retard du bruit aortique sur le bruit mitral. *Le deuxième bruit aortique est dur, retentissant, clangoreux, c'est le bruit de darboukah* ». Pour PETER c'est un bruit de tôle. SCHRUMPF insiste sur un signe extrêmement important. Le deuxième bruit aortique prend « *timbre musical analogue à un son de gong de petite dimension* » facilitant dans beaucoup de cas le diagnostic précoce de l'aortite.

« Plus tard quand la tension artérielle est augmentée, que l'infiltration des valvules est plus prononcée et que l'aorte se dilate, il s'ajoute à la consonnance métallique du deuxième bruit aortique une exagération de son intensité ».

D'autres fois on constate à la base un *souffle systolique*, indice d'un R. A. vrai ou un *souffle diastolique*, dû

à une I. A. fonctionnelle ou *les deux à la fois*. A la pointe dans les dernières périodes de la maladie il peut se produire un souffle systolique, faible et doux symptomatique d'une I. M. fonctionnelle (HUCHARD). Les auteurs allemands avec GRAU, SGHILESINGER, SCHOTTMULLER et SCHITTENHELM, insistent aussi sur ces signes d'auscultation.

GRAU attribue une valeur au clangor diastolique et SCHOTTMULLER dans certains cas à l'éclat métallique du deuxième bruit même en absence de signes subjectifs et radiologiques.

SCHITTENHELM base son diagnostic sur le double souffle à la base.

Parfois on constate des petits frottements rythmiques perceptibles à droite du sternum analogues à des frottements péricardiques très doux diminuant d'intensité pendant l'inspiration (HUCHARD, SCHRUMPF).

Percussion. — D'après SCHRUMPF, *au début de l'aortite on ne trouve pas encore une aorte dilatée*, petit à petit les signes classiques apparaissent. Augmentation de la matité cardiaque « matité en casque » de POTAIN qui dépasse parfois 3 cm. ou plus le bord droit du sternum.

Un autre signe décrit par CHERCHEVSKY, c'est *la disparition du réflexe aortique avec fixité des limites du vaisseau*.

Par une percussion prolongée (de 5 à 10 coups secs et forts) de la région délimitée de la crosse aortique on peut à l'état normal provoquer à volonté une dilatation suivie d'un resserrement de la crosse de l'aorte. Dans le cas d'une sclérose de l'aorte ou dans l'aortite on ne peut plus provoquer cette dilatation ni le rétrécissement du vaisseau, en d'autres termes le diamètre de la crosse aortique reste invariable.

Un signe semblable décrit dernièrement par ROZKOWSKI c'est *la percussion de la poignée du sternum* qui donne un phénomène analogue.

Pour POTAIN et SCHITTENHELM, la percussion a une valeur relative pouvant en effet être modifiée par l'interposition d'une lame pulmonaire.

Palpation. — *Au début ne donne guère de renseignements*, plus tard quand la maladie évolue on constate :

a) *Une surélévation de la sous-clavière droite*, signe très important.

b) *Saillie du dôme aortique* et battements de l'aorte derrière la fourchette sternale, au-dessus du manche du sternum, entre les deux faisceaux du cleido-mastoidien.

c) *Le signe de Trunccek* — *le choc des artères sous-clavières* - signe décrit récemment et observé dans la sclérose aortique et pouvant se trouver dans les aortites, consistant à une perception des pulsations brusques des artères sous clavières surtout à droite, associée à une augmentation de la matité cardiaque, à un clangor aortique et parfois à un souffle systolique avec propagation dans les vaisseaux du cou. L'ensemble de ces signes constitue la caractéristique de la sclérose et de la dilatation de l'aorte thoracique, c'est « le choc sclérotique » de l'auteur.

On a décrit des battements tumultueux des artères du cou, se soulevant brusquement à chaque systole, signe à vrai dire, très rare.

Nous avons trouvé sur nos 46 cas, 28 fois la présence des signes cardiaques que nous venons de citer plus ou moins complètement, c'est à dire dans 60,8 %, mais nous ne pouvons affirmer que ces signes aient été vraiment précoces.

VAQUEZ et BORDET, dans leur livre sur le cœur et l'aorte, écrivent: « Lorsque le signe de matité en casque décrit par POTAIN existe, et surtout lorsqu'il s'accompagne des deux autres signes qui sont, une surélévation de l'artère sous-clavière droite au-dessus de la clavicule, une saillie du dôme aortique dans la fourchette sternale on est en droit d'affirmer la présence d'une dilatation notable de la crosse de l'aorte ».

Parmi les **signes vasculaires** nous étudierons :

Le caractère du pouls, la pression artérielle, les signes vasculaires périphériques et l'oscillométrie.

Pouls. — Il est dur avec chute brusque, non tendu, élevé et rapide, c'est la pléthore pulsatile qui d'après SCHRUMPF est un signe caractéristique pour le diagnostic. D'après POTAIN, on trouve habituellement un dirotisme dû à l'excitation cardiaque qui accompagne presque toujours l'aortite aiguë.

GRAU est d'avis que les signes vasculaires sont moins caractéristiques dans les aortites luétiques que dans les aortites non spécifiques.

La pression artérielle n'est en général que peu modifiée et d'après SCHITTENHELM peu augmentée, le plus souvent elle est basse. SCHLESINGER est de même avis. Pour Sedillot, au début de l'aortite il y a une augmentation de la tension différentielle provenant à la fois d'une baisse de la minima et d'une augmentation de la maxima.

Inégalité des pouls radiaux, signe assez rare nous semble-t-il, ne l'ayant trouvé que dans 2 cas. Fréquemment nous avons trouvé des *signes périphériques* de l'insuffisance aortique (pouls capillaire, double souffle de DUROZIEZ, pouls de CORRIGAN, la danse des carotides et le signe de MUSSET).

Nous n'insistons pas sur ces signes qui ne sont pas des signes précoces.

Oscillométrie. — BILLARD et MERLE dans un travail montrent l'importance des indications fournies par l'oscillométrie dans l'étude physiopathologique et le diagnostic des lésions de l'aorte. « La courbe oscillométrique, l'oscilloscopie, constituent un véritable procédé pour « tâter le pouls » en se basant sur la réaction élastique de l'aorte qui joue un rôle capital dans la détermination des qualités du pouls ». Ils déduisent du mécanisme décrit par eux le syndrome oscillométrique d'une sclérose aortique compensée « élévation de Mx et à un moindre degré de Mn ; augmentation parfois formidable de l'indice oscillométrique, les oscillations supra maximales presque impossible à atteindre ».

PILLARD met en lumière deux faits fondamentaux :

1^o Une aortite de la crosse peut provoquer une asymétrie des pouls radiaux avec affaiblissement plus marqué à gauche, la courbe oscillométrique étant identique à l'état normal d'un avant-bras à l'autre.

2^o Une aortite de l'aorte descendante peut provoquer une asymétrie, un affaiblissement du pouls des membres inférieurs par rapport au pouls des membres supérieurs qui normalement est superposable à celle relevée au niveau du poignet.

Il insiste sur l'intérêt pratique de la mesure comparative de ces tensions permettant d'affirmer le diagnostic d'aortite. Considère « qu'avant de porter le diagnostic d'aortite il faut multiplier les examens et en comparer les

resultats car l'exploration méthodique permet souvent de soupçonner une lésion aortique» Affirme que l'asymétrie oscillatoire n'est pas un signe constamment retrouvé au cours des aortites, mais, elle est suffisamment fréquente pour que sa recherche entre en pratique courante ».

Dans le service du professeur ROCH, nous avons observé sur nos 46 cas, 3 cas chez qui on a fait l'examen oscillogométrique, mais nous croyons que cette méthode d'investigation est intéressante plutôt pour confirmer le diagnostic d'une aortite qui évolue depuis un certain temps.

Signes radiologiques. — D'après BORDET, on peut considérer déjà « dès les premiers jours » *des signes manifestes de dilatation ne s'accompagnant pas ordinairement des signes qualitatifs*. Pour SCHRÜMPF, en examinant le malade placé à deux mètres de l'ampoule, on voit alors que « *ses parties atteintes fournissent des excursions pulsátiles plus étendues que celles qui sont normales* ».

BORDET, dans ses travaux cite 2 cas chez lesquels l'examen radioscopique avait montré, un mois avant l'apparition des crises angineuses, des modifications qui lui ont permis de poser le diagnostic précoce et prétend aussi qu'une aorte sombre bien que de petit calibre chez un sujet d'âge moyen comporte un diagnostic réservé quelques soient les signes subjectifs. D'après BARIÉ : « A l'état normal, l'ombre formée par la crosse de l'aorte se confond complètement avec celle que produisent le sternum et la colonne vertébrale. Quand l'aorte est dilatée on trouve par la radioscopie du thorax en avant et en arrière à gauche de l'ombre médiane une saillie à contour cerclé, animée de battements dûs à la crosse aortique allongée ».

LECONTE présente les éventualités qui peuvent exister et classe en 4 groupes les divers aspects cliniques et radiologiques de l'aortite chronique.

1^{er} groupe : Signes fonctionnels nets, signes objectifs précis, signes radiologiques complets.

2^{me} groupe : Signes fonctionnels nets, signes physiques obscurs, signes radiologiques complets.

Le volume du cœur peut être, ou non, augmenté suivant que le cœur a ou non réagi à l'hypertension et à l'aortite.

3^{me} groupe : Signes fonctionnels nets persistants malgré le traitement, signes physiques obscurs ou même nuls ; signes radiologiques incomplets. Cite les formes dont les modifications frustes à l'examen radioscopique contrastent avec l'acuité et la ténacité des douleurs. Cœur généralement presque normal, l'hypertension fréquente.

4^{me} groupe : Signes fonctionnels atypiques, signes physiques obscurs, signes radiologiques incomplets.

BORDER et PARVU montrent aussi l'importance de l'examen radioscopiques dans les cas où les signes subjectifs et physiques ne se sont pas encore installés.

D'après les auteurs, l'observation prolongée pendant plusieurs années des malades n'ayant présentés dans les débuts qu'une teinte anormale des segments de la crosse ou de la portion descendante, nous a souvent démontré que nous avions eu raison de porter le diagnostic précoce d'aortite « Insistent beaucoup sur les examens radioscopiques périodiques pour dépister ainsi les signes progressifs d'altérations artérielles, avant que les troubles fonctionnels et les signes cliniques n'aient fait leur apparition ».

Quelles sont en général les modifications de l'aorte malade ? Ce sont :

1^o Changements quantitatifs du vaisseau : allongement et dilatation ; 2^o Changements qualitatifs : battements faibles, accentuation de sa teinte normale pâle, visibilité de l'aorte descendante ou d'une seule partie, contours modifiés sinueux et élévation plus ou moins de la crosse aortique.

GRAU, SCHITTENHELM, SCHLESINGER insistent beaucoup sur le diagnostic radiologique.

En résumé, il n'est pas toujours possible d'examiner à l'écran l'aorte des malades et cependant que des fois reconnaîtrait-t-on des lésions de ce vaisseau même en l'absence de tout signe fonctionnel. A plus forte raison est-il nécessaire de pratiquer la radioscopie chaque fois que le malade accuse des symptômes douloureux, dont l'examen par les méthodes habituelles ne donnent pas d'explication.

Parmi nos 46 cas personnels nous avons constaté que dans 30 cas les signes radiologiques confirmaient notre diagnostic c. à. d. 65,2 %, dans 10 autres cas le diag-

nostic radiologique n'a pas confirmé le diagnostic clinique et dans 6 cas on n'a pas recouru à la radiologie.

Sérologie. — *La réaction de Wassermann positive est un signe très important sans toutefois que l'on puisse se baser sur une réaction de Wassermann négative pour éliminer l'origine syphilitique d'une lésion aortique.*

Presque tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

SCHLESINGER insiste fortement sur le fait qu'un grand nombre de médecins n'accorde pas suffisamment d'attention à la R. W. Il faut se garder de se baser sur une réaction négative jusqu'alors positive pour affirmer une guérison et il est de toute nécessité de faire périodiquement une analyse de sang.

En dehors de tout traitement les variations spontanées dans la réaction de Bordet-Wassermann sont bien connues.

GRAU citant deux cas de DONATH insiste sur la valeur de la réactivation de la réaction de déviation. SCHITTENHELM, SCHOTTMÜLLER confirment cette manière de voir. Cette réactivation peut être faite comme DONATH au moyen de frictions mercurielles, actuellement elle se fait généralement au moyen de deux injections de néo-arsenobenzène, une de 0,15, l'autre de 0,30, avec prise de sang 12 jours après la dernière injection. Il est en tout cas illusoire de se baser sur les dires du malade pour reconnaître une cause spécifique à une aortite. Sur nos 46 cas, 40 fois la syphilis était niée! Dans les 7 cas de DÉBOVE et TRÉMOLLIÈRES, 2 cas seulement avouaient la syphilis, fut négative chez 3 autres.

Nous avons trouvé le Wa + dans 24 cas (52,1 %); Wa — dans 16 cas (34,8 %) et Wa douteux dans 6 cas (13,1 %).

Habitus des malades. — Les malades ont le facies assez caractéristique. En général pâle, leur teint est terreux, plombé comme la plupart des individus atteints d'affections aortiques, mais en diffère encore d'après GRAU par une légère cyanose et un léger subictère. Nous n'avons pas attiré spécialement notre attention sur cet aspect extérieur

de nos malades à part les deux cas que nous avons cités dans les observations 32 et 34.

On note encore des *troubles vasomoteurs*; sous forme de *sialorrhée* ou *sueurs* avec rougeurs localisées à la moitié supérieure gauche du thorax, du cou, de la face et du membre supérieur du même côté, dûs à des phénomènes de compression du sympathique.

On a décrit des *phénomènes pupillaires* consistant en myosis uni ou bilatéral, ou en mydriase surtout à gauche (TROUSSEAU).

Ces phénomènes nous paraissent être tardifs, aussi ne nous arrêteront-ils pas.

Nous voudrions encore mentionner le *syndrome de Babinski* (signe d'Argyll-Robertson et aortite) que nous avons trouvé dans 3 cas et la *coexistence de l'aortite avec le tabès* dans 4 cas.

DEUXIÈME PARTIE

DISCUSSION

La multiplicité des signes tant subjectifs qu'objectifs est une preuve de leur valeur relative pour poser un diagnostic précoce. Un signe pour avoir une valeur doit être suffisamment précoce et en outre présenter une fréquence suffisamment grande. Il est certain que les signes subjectifs présentent un grand intérêt pour le diagnostic précoce d'une aortite. Malheureusement leur valeur est fortement diminuée d'une part, par leur caractère éminemment polymorphe et passager, et d'autre part, par le fait que les malades attachent plus ou moins d'importance à des sensations subjectives, qu'ils déforment suivant leur sensibilité et leur psychisme en donnant au médecin une description inexacte et impropre à le mettre sur la bonne voie du diagnostic. Tel malade signalant à peine une telle douleur angineuse. Tel autre décrivant les malaises qu'il éprouve avec une abondance exagérée de détails.

Commençons par les signes subjectifs :

Notre maître le Professeur ROCH insiste beaucoup dans son article sur l'aortite syphilitique et surtout dans son cours clinique de médecine interne sur les signes subjectifs précoces. Ce sont les angoisses précordiales, les palpitations, les douleurs rétrosternales qui réveillent le malade pendant la nuit, les vertiges et céphalées, les troubles gastriques, les troubles mentaux et troubles du sympathique.

SCHRUMPF insiste sur la dyspnée et la douleur.

SCHOTTMÜLLER partage son avis. D'après lui le diagnostic est facile et insiste beaucoup sur les signes subjectifs même en l'absence complète des signes objectifs. Mais parfois l'absence des signes subjectifs et l'existence d'un seul symptôme objectif important comme p. ex. un éclat métallique du 2^{me} bruit, ou l'image radiologique permet de faire, à son avis, le diagnostic précoce.

BARIÉ, GRAU, SCHITTENHELM sont d'avis contraire.

D'après BARIÉ, les symptômes subjectifs n'ont qu'une valeur médiocre et au contraire les signes objectifs ont une importance diagnostic considérable quand ils ont été nettement constatés. GRAU prétend que le début de l'aortite évolue insidieusement sans aucun symptôme subjectif et que les premiers signes apparaissent assez tard, peu de temps avant l'exitus par le fait des modifications secondaires que subit l'appareil cardio-vasculaire par décompensation. Pour SCHITTENHELM, qui est tout à fait de même avis, il est très possible que ni le cœur ni les vaisseaux ne révèlent aucun signe caractéristique de lésion luétique alors même qu'on trouve à l'autopsie de la mésoaortite syphilitique.

D'après FLANDRIN « le début et l'évolution des aortites syphilitiques paraissent conditionnés en partie par le traitement suivi par le malade. En un moment donné une poussée évolutive survient et l'on assiste alors à un soi-disant début d'aortite tardive. Mais lorsque les signes fonctionnels apparaissent les lésions sont déjà constituées, anciennes. Les signes fonctionnels subjectifs traduisent une déficience organique, il est naturel qu'ils apparaissent tardivement.

C'est donc en général à une période éloignée du début lorsque les grosses lésions entraînant, soit des troubles fonctionnels du cœur, soit des troubles de compression (parésie ou paralysie des recurrences) que l'attention est attirée sur l'aorte et le diagnostic posé».

Nous nous permettons de donner notre avis sur l'analyse des symptômes subjectifs en se basant sur la lecture de nos observations.

La dyspnée malgré sa fréquence et son apparition précoce est un symptôme de valeur assez relative, car la dyspnée est souvent l'expression d'une affection cardiaque et elle est rarement rapportée à son origine véritable. Nous croyons cependant que dans certains cas, par un interrogatoire précis on doit pouvoir obtenir un résultat plus satisfaisant et rapprocher le syndrome dyspnée décrit par le malade de sa vraie origine aortique.

Les symptômes douloureux nous paraissent plus caractéristiques mais leur fréquence est moins grande. Il ne faut cependant pas oublier que certains neurasthéniques peuvent

présenter des symptômes très analogues en dehors de toute aortite : tel ce cas qui vient à la clinique où à la consultation se plaignant d'une douleur précordiale avec sensation de constriction se développant progressivement et suivie d'une lourdeur dans le bras gauche, avec angoisse. Parfois cette douleur précordiale est remplacé par des pincements. Les plaintes multiples du malade font penser à l'origine névropathique de ses sensations. L'examen du cœur et des vaisseaux des tracés au polygraphe, un électrocardiogramme, un examen de l'aorte aux rayons X, une séro-réaction négative confirment cette première impression.

Les symptômes gastriques ne nous paraissent pas avoir une importance diagnostique bien grande, ils peuvent plutôt nous induire en erreur et nous éloigner du vrai diagnostic.

Quant aux *accidents vertigineux* ils ne nous semblent pas très fréquents, la précocité dans l'apparition de ces troubles serait cependant précieux dans certains cas.

La présence d'une *expectoration spumeuse* légèrement *teintée de sang* aurait à notre avis une valeur diagnostique importante, malheureusement ce signe nous paraît tardif dans son apparition étant généralement précédé d'une longue période de dyspnée, des douleurs, d'hyposystolie, cependant il n'a pas une valeur absolue. Nous citerons ici une observation pour souligner les causes d'erreur bien connues et la difficulté qu'on a parfois pour le diagnostic précoce.

Obs. (1) 10 V 1928. — B. J., 52 ans, sans profession. Contracte la syphilis en 1908. En 1923 traité à l'hôpital pour une laryngite banale et luës (Wa. dans le sang +). En 1926 fait *pour la première fois une crise d'étouffement avec expectoration spumeuse* et envoyé d'urgence à l'hôpital avec le diagnostic : crise d'œdème pulmonaire (Wa. dans le sang —). Quitte l'hôpital pour revenir quinze jours après pour *une nouvelle crise d'œdème pulmonaire avec expectoration rosée spumeuse*.

En 1927, plusieurs crises d'étouffement (Wa. dans le sang de nouveau positif). En 1928 revient pour une dyspnée d'effort très prononcée avec oppression, œdème des jambes et cyanose des extrémités.

A l'examen : Pouls radial imperceptible, pouls huméral — arythmie. Pointe non localisable. Choc diffus. Souffle systolique à la base, à maximum d'intensité au foyer tricuspideen. Pression V.-L. : 13 7.

(1) Cette observation n'entre pas dans nos 46 cas.

Foie gros, descend jusqu'à l'ombilic, non douloureux à la palpation. Respiration de Cheyne-Stockes, râles aux deux bases. Urine : albumine, urobiline $+$. Radioscopie faite encore en 1926 nous montre une hypertrophie de l'oreillette gauche, et un ventricule petit. Pointe relevée. Augmentation des cavités droites. La R. W. fait le 11 V 1928 est positive. *Diagnostic : Aortite luétique probable. Asystolie et R. M.* Exitus le 15 V 1928.

L'autopsie (Institut pathologique Directeur Prof. ASKANAZY) nous a montré : une hypertrophie et dilatation des deux cœurs. Myocardite fibreuse, surtout du ventricule gauche. Sclérose et calcification des valvules mitrales avec rétrécissement de cet orifice, etc., donc le diagnostic anatomique n'a pas confirmé le diagnostic clinique à part de l'asystolie et le R. M.

Ici le diagnostic d'aortite ne peut se baser sur la présence de l'expectoration rosée car le malade était hyposystolique et à notre avis ce signe n'a de valeur qu'en l'absence d'insuffisance cardiaque.

En somme, les signes subjectifs que nous venons d'énumérer ne viennent servir qu'à titre d'indication invitant le médecin à pousser ses investigations.

Quel est l'opinion des auteurs pour les signes objectifs ? Nous avons déjà signalé l'opinion de BARIÉ.

D'après SCHLESINGER c'est la triade symptomatique qui peut souvent supposer le diagnostic : l'aortalgie, fort souffle systolique et accentuation du deuxième bruit aortique. Il insiste aussi sur la R. W. et la radioscopie.

De même avis est GRAU qui insiste surtout sur les rayons X et la R. W.

SCHRUMPF base son diagnostic surtout sur les signes d'auscultation : sur le timbre musical du deuxième bruit aortique, sur la pléthore pulsatile, parfois sur la présence des frottements périaortiques, sur l'exagération de l'extension pulsatile de certains parties de l'aorte visibles à la télé-radioscopie en diamètres différents, et sur la réaction de Wassermann.

SCHITTENHELM insiste aussi sur certains signes cardiaques comme : premier bruit aortique d'intensité variable, deuxième bruit plus ou moins métallique sans accentuation notable sur les rayons X et R. W.

De même avis sont SCHITTENHELM et WODTKE.

Pour SEDILLOT, « La fréquence du pouls, l'érethisme cardiaque, l'augmentation de volume du cœur: triade de symptômes qui doit éveiller l'idée de la spécificité. »

Il n'est pas d'avis que la radioscopie soit un moyen d'investigation d'une grande importance, elle arrive « en aucune façon » au diagnostic positif de l'aortite.

D'après le Professeur ROCH, les signes subjectifs précoces de l'aortite spécifique, sont: la tachycardie, pouls de Corrigan, battements sus-sternaux, douleur provoquée à la pression cardiaque, petites poussées fébriles, — tous ces signes sont moins importants et base plutôt le diagnostic sur les signes subjectifs cités plus haut.

Voici ce que le Professeur ROCH dit dans son travail sur l'aortite syphilitique « Dans la majorité des cas il faudra se résoudre à se passer des signes objectifs nets on devra se baser uniquement alors sur les anamnestiques et sur les phénomènes subjectifs décrits par le malade, c'est peu, mais si l'on pense à l'aortite syphilitique cela suffira presque toujours ».

Pour nous les signes objectifs qui nous paraissent les plus intéressants nous mettrons en première ligne la *radiologie* qui nous paraît susceptible de donner des indications très précises sur l'état anatomique de l'aorte. Ce moyen d'investigation malheureusement pas à la portée de chaque médecin s'est beaucoup vulgarisé ces dernières années et les centres d'une certaine importance possèdent maintenant au moins une installation radiologique.

D'après nos recherches les *signes d'auscultation* ont une importance assez grande et sont précieux pour réveiller en nous, devant le lit du malade, l'idée de l'aortite spécifique et même l'affirmer parfois.

L'*oscillométrie* nous paraît être un moyen intéressant d'étudier l'état de la paroi aortique, mais nous ne saurons dire s'il s'agit d'un moyen donnant des indications très précoces et exemptes d'erreurs.

Quant aux indications fournies par la *sérologie* nous ne croyons pas que leur valeur soit absolue.

Une réaction de déviation du complément positive dans le sang n'implique nullement une lésion aortique et plus fréquemment encore une réaction négative n'informe pas sur l'origine spécifique d'une aortite existante.

* * *

Nous présentons ici une analyse symptomatologique d'ensemble de nos 46 cas, dont 15 ont été confirmés par le diagnostic anatomique.

SIGNES SUBJECTIFS

Dyspnée: 40 cas (86,9%).

Nous avons eu: a) 34 cas de dyspnée d'effort.

b) 6 » » » de décubitus et
dyspnée nocturne.

Symptômes douloureux: 15 cas (32,6%) sous forme de:

a) Douleurs rétrosternales: 10 cas, dont 3 avec irradiation dans le bras gauche.

b) Algies sous-mamélonnaires: 3 cas.

c) Sensation douloureuse à la pression digitale: 2 cas.

Troubles respiratoires: 9 cas (19,5%)

a) 4 cas d'œdème pulmonaire typique avec expectoration mousseuse et hémoptoïque.

b) 5 cas avec toux sèche et expectoration jaunâtre non teintée de sang, non spumeuse.

Symptômes mentaux: 5 cas (10,8%.)

a) Idée de persécution: 1 cas.

b) Changement de caractère, apathie: 4 cas.

Vertiges et céphalées: 8 cas (19,5%) sous forme de malaises, de perte de connaissance, de céphalées frontales ou occipitales.

Gastralgies: 2 cas (4,34%) sous forme de douleurs survenant avant les repas.

SIGNES OBJECTIFS

Radioscopie: a) 30 cas (65,2%) qui ont affirmé ou posé le diagnostic.

b) 10 cas (21,7%) n'ont pas affirmé le diagnostic clinique.

c) 6 » (13,0%) n'ont pas été faits.

Signes cardiaques (auscultation): 28 cas (60,8 %) dont
a) 15 cas ont présenté les signes d'auscultation traduisant l'atteinte de l'aorte (I. A. R. A.).

b) 13 cas changement des caractères normaux des bruits cardiaques (variation d'intensité, ou prolongation du premier bruit aortique, clangor diastolique du deuxième bruit aortique, etc.).

Signes vasculaires périphériques: 28 cas (60,8 %).

a) Signes périphériques de l'I. A.: (Corrigan, danse des carotides, double souffle de Duroziez) dans la moitié de cas.

b) Inégalité des pouls radiaux: 2 cas.

c) Battements sus-sternaux: 10 cas.

d) Mesure oscillométrique: 2 cas.

Sérologie: Wa. + dans le sang: 24 cas (52,2 %).

Wa. — » » » : 16 cas (34,7 %).

Wa. douteux » » : 6 cas (13,1 %).

Syphilis: a) avouée: 6 cas (13,1 %).

b) non avouée: 40 cas (86,9 %).

Syndrome de Babinski. 3 cas.

Coexistence de l'aortite avec le tabès: 4 cas.

CONCLUSIONS

1^o Quoiqu'il n'existe aucun signe subjectif caractéristique et absolu d'aortite syphilitique, il importe que les plaintes des malades, en raison même de leur « manque de netteté » soient recueillies minutieusement, pour permettre au médecin d'orienter précocement son diagnostic.

2^o Si les signes subjectifs tels que dyspnée, ou douleur angineuse ne sont pas suffisants à eux seuls pour faire poser le diagnostic d'aortite, ils mettent notre attention en éveil et nous incitent à chercher dans cette direction le plus petit des signes objectifs.

3^o Un éclat clangoreux, ou un souffle à la base, une aorte opaque aux Rayons, un Wassermann positif associé à l'un ou l'autre des signes subjectifs que nous avons décrits, nous obligent à penser sérieusement à l'aortite luétique.

4^o Il n'y a dans ce domaine, comme dans beaucoup d'autres en médecine, aucune règle générale, aucun schéma, chaque cas présente son individualité symptomatologique. Mais il est très important pour le traitement et pour l'avenir du malade de ne pas attendre que tous les symptômes classiques soient au complet pour poser le diagnostic et prescrire une thérapeutique.

C'est la tâche du clinicien de poser le diagnostic d'aortite bien avant la constitution du tableau clinique tel que LÉGER le décrit :

« En voyant,¹ un individu avec cette dyspnée si caractéristique, de plus en plus intense, accompagnée de brûlure et de déchirure rétro-sternales, et traversée subitement par des accès d'angine de poitrine, on pensera à l'existence d'une inflammation aiguë des parois de l'aorte. Cette idée deviendra une certitude si, au milieu de tous ces symptômes, le cœur ne présente comme lésion organique qu'une hypertrophie considérable sans altération valvulaire bien accentuée, et si l'aorte, sur le trajet de sa portion ascendante, est devenue le siège d'un double bruit de souffle à timbre plus ou moins rude. Le diagnostic dans ces circonstances, est relativement facile. »

¹ Cité in HUCHARD, t. II, Paris 1899, p. 304.

BIBLIOGRAPHIE

- BARIÉ. — Traité pratique des maladies du cœur et de l'aorte. Paris 1912, p. 983.
- BORDET. — Le diagn. radiol. des aortites. *Journ. méd. franç.*, 1921, p. 519.
- BORDET. — Le diagn. radiol. précoce de l'aortite. *La Médecine*, mars 1923.
- BORDET. — Valeur de l'opacité de l'aorte dans les diagn. des aortites. *Pratique médic. franç.* janvier 1924.
- BORDET et PARVU. — Aortite relevée à son début par la radioscopie. *Archiv. mal. du cœur*, III 1927.
- BILLARD et MERLE. — Oscillométrie dans les lésions de l'aorte. *Journ. méd. fr.*, 1921, p. 507.
- CHERCHEVSKY. — Un nouveau signe de sclérose de la crosse de l'aorte. *Semaine médicale*, 12 octobre 1898.
- DEBOVES-TRÉMOLLIÈRES. — Aortite chronique et syphilis. *Journ. méd. franç.* 1910, p. 231.
- FLANDRIN. — Diagn. et traitement des aortites syp. *Mém. Soc. des Hôp.*, Paris 1927, III s. LI.
- GRAU. — Ueber dieluetische Aortenerkrankung. *Zeitschr. f. Klin. Med.*, 1911, vol. 72.
- HUCHARD. — Maladie du cœur et de l'aorte. T. II, Paris 1899, p. 260.
- LECONTE. — Le diagn. de l'aortite chronique. *Presse Médicale*. 1923, n° 41.
- PAILLARD. — L'exploration oscillométr. dans le diagn. des aortites. *Journ. méd. fr.*, p. 513, 1921.
- POTAIN. — De l'aortite. *Semaine médicale*, 1890. 1.
- ROCH. — A propos d'un cas d'aortite syphilitique. *Revue méd. de la Suisse romande*, XLI, n. 3.
- ROZKOWSKI. — De la percussion de la poignée du sternum dans les dilat. fusiformes de la crosse de l'aorte. *Arch. mal. du cœur*, 1927, p. 299.
- SCHRUMPF. — Le diagn. précoce de l'aortite syphilit. *Revue suisse de méd.*, XX. 404.
- SCHITTENHELM. — Ueber Aortitis luica. *Deutsch. Med. Woch.*, Leipzig u. Berlin, 1922. s. 60.
- SCHOTTMÜLLER. — Noch einmal zur Behandlung der Aortitis luica. *Deutsch. Med. Woch.*, Leipzig u. Berlin., 1923, n° 6, p. 175.

SCHLESINGER. — Zur Diagnose u. Prognose der luetischen Aortenerkrankungen. *Wiener. kl. Woch.*, 1928, n° 1.

SEDILLOT. — Il ne faut pas prendre la syp. de l'aorte pour de l'asthme. *Monde médical*, Paris 15 IV 1926, p.504.

SEDILLOT. — L'accroissement bipolaire de la tension différentielle, signe précocé de la syphilis de l'aorte. *La méd.interne*, N° 6. juin 1927.

TRUNECEK. — Le choc sous-claviculaire comme signe de sclérose de l'aorte thoracique. *La Riforma Médica*, 18 juin 1928.

VAQUEZ-LAUBRY. — Le cœur et l'aorte. Paris 1913

WODTKE. — Zur Behandlung der Aortitis Luica. *Deutsch. Archiv f. Mediz.* Leipzig 1924, p, 357,